

令和 年 月 日

保護者各位

小学校

校長

担当歯科医

フッ化物洗口の申し込みについて

むし歯は、学童期にかかる病気の中で最も多いものです。そこで国や県では、むし歯予防対策として、歯みがきや甘味適正摂取と併せて「フッ化物洗口」を推奨しています。当校でも、「歯の健康づくり」のために、静岡市静岡・清水歯科医師会のご指導と、静岡市・清水薬剤師会のご協力のもとに「フッ化物洗口」を行いますので、フッ化物洗口申込書により希望の有無をお知らせください。

記

- 1 方法 市販のフッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（6g包）を水に溶かした洗口液で週1回1分間ぶくぶくうがいを行います。別紙のパンフレットをご参照下さい。（フッ化物濃度：約900ppm）
ただし希望されない場合は、水道水にて洗口を行います。
- 2 対象 1～6年生の希望者
- 3 費用 無 料（市負担）
- 4 開始予定 令和 年 月 日から（進級時より1年間実施）
- 5 申込方法 別紙の「フッ化物洗口申込書」を 月 日までに学校に提出
（申込み締め切り後の取りやめや追加希望については、いつでも受け付けています。）

フッ化物洗口申込書

令和 年 月 日

校長 様

※ どちらかを選んで○で囲んでください。

- 1 フッ化物洗口を希望します。
- 2 フッ化物洗口を希望しません。
(希望されない場合は、水道水のみで洗口します)

[] 年 [] 組 [] 番

児 童 名 []

保 護 者 氏 名 []

《児童在校期間中保管》

健康づくり推進課 口腔保健支援センター
 歯科衛生士 行 (FAX: 054-209-1063)

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(6g包) 必要量連絡票

太枠内をご記入いただき、令和 年 月 日 () までに、FAXにて送信ください。

小学校

	クラス数	全児童数	希望児童数
1年生	クラス	名	名
2年生	クラス	名	名
3年生	クラス	名	名
4年生	クラス	名	名
5年生	クラス	名	名
6年生	クラス	名	名

【フッ化物洗口剤 必要週数】

※長期休暇等、フッ化物洗口を行わない週数を差し引いた週数をご記入ください

第 I 期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分	週分
第 II 期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分	週分
合 計	週分

令和 年度に受領した、未使用薬剂量をご記入ください (令和 年 月末時点見込み、次年度繰越分)	包
--	---

ボトル配布 希望	ディスペンサー 本 【1,200mL ・ 500mL】 ※どちらかに○をつけてください
-------------	---

令和 年度フッ化物洗口法によるむし歯予防事業の実施を届け出ます。

令和 年 月 日

あて先) 静岡市長

実施校名

所在地

校長名

記入例

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分（令和 年 月 日発行）

部分を学校で記入し、
学校歯科医へ確認してもらい、
押印してもらってください。
上半分は学校で保管してください。

スマイル小学校 校長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（6g包）を指定薬局で受け取り、薬剤1包につき332mLの水道水で溶解し、下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してください。また、調製した水溶液を児童1人10mL用い、週1回1分間洗口させてください。

1年生	10名	4年生	10名	1回あたりの調製量
2年生	10名	5年生	10名	オラブリス 3包を996mLの水で溶解
3年生	10名	6年生	10名	希望児童数 計 60名分

歯科医師

住 所

氏 名



（5年間保存）

切 り 取 り

（歯科医師控え）

こちらは学校歯科医の控えですので
先生にお持ちいただいて下さい。

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分（令和 年 月 日発行）

スマイル小学校 校長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（6g包）を指定薬局で受け取り、薬剤1包につき332mLの水道水で溶解し、下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してください。また、調製した水溶液を児童1人10mL用い、週1回1分間洗口させてください。

1年生	10名	4年生	10名	1回あたりの調製量
2年生	10名	5年生	10名	オラブリス 3包を996mLの水で溶解
3年生	10名	6年生	10名	希望児童数 計 60名分

歯科医師

住 所

氏 名



（5年間保存）

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分（令和 年 月 日発行）

校長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（6g包）を指定薬局で受け取り、薬剤1包につき332mLの水道水で溶解し、下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してください。また、調製した水溶液を児童1人10mL用い、週1回1分間洗口させてください。

1年生	名	4年生	名	1回あたりの調製量	
2年生	名	5年生	名	オラブリス	包を mLの水で溶解
3年生	名	6年生	名	希望児童数	計 名分

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

(歯科医師控え)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分（令和 年 月 日発行）

校長様

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」（6g包）を指定薬局で受け取り、薬剤1包につき332mLの水道水で溶解し、下記のとおりフッ化物洗口用水溶液を調製してください。また、調製した水溶液を児童1人10mL用い、週1回1分間洗口させてください。

1年生	名	4年生	名	1回あたりの調製量	
2年生	名	5年生	名	オラブリス	包を mLの水で溶解
3年生	名	6年生	名	希望児童数	計 名分

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

記入例

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分(令和 年 月 日発行)

部分を学校で記入し、
学校歯科医へ確認してもらい、
押印してもらってください。
上半分は薬局に提出してください。

スマイル 小学校では、週1回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(6g包)を、下記のとおり各期ごと貴薬局において使用方法を説明のうえ学校職員に渡してください。

1年生	10名	4年生	10名	第Ⅰ期	4月～	9月(21週分)	63包
2年生	10名	5年生	10名	第Ⅱ期	10月～	3月(23週分)	69包
3年生	10名	6年生	10名			合 計	132包
希望児童数 計		60名分					

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

切 り 取 り

こちらは学校歯科医の控えですので
先生にお持ちいただいで下さい。

(歯科医師控え)

指 示 書

令和▽△年度フッ化物洗口事業分(令和 年 月 日発行)

薬局薬剤師様

スマイル 小学校では、週1回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒11%」(6g包)を、下記のとおり各期ごと貴薬局において使用方法を説明のうえ学校職員に渡してください。

1年生	10名	4年生	10名	第Ⅰ期	4月～	9月(21週分)	63包
2年生	10名	5年生	10名	第Ⅱ期	10月～	3月(23週分)	69包
3年生	10名	6年生	10名			合 計	132包
希望児童数 計		60名分					

歯科医師

住 所

氏 名



(5年間保存)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分(令和 年 月 日発行)

薬局薬剤師様

小学校では、週 1 回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」（6 g 包）を、下記のとおり各期ごと貴薬局において使用方法を説明のうえ学校職員に渡してください。

1 年生	名	4 年生	名	第 I 期	月～	月（	週分）	包
2 年生	名	5 年生	名	第 II 期	月～	月（	週分）	包
3 年生	名	6 年生	名				合 計	包
希望児童数	計		名分					

歯科医師

住 所

氏 名



(5 年間保存)

切 り 取 り

(歯科医師控え)

指 示 書

令和 年度フッ化物洗口事業分(令和 年 月 日発行)

薬局薬剤師様

小学校では、週 1 回法のフッ化物洗口を行うので、う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」（6 g 包）を、下記のとおり各期ごと貴薬局において使用方法を説明のうえ学校職員に渡してください。

1 年生	名	4 年生	名	第 I 期	月～	月（	週分）	包
2 年生	名	5 年生	名	第 II 期	月～	月（	週分）	包
3 年生	名	6 年生	名				合 計	包
希望児童数	計		名分					

歯科医師

住 所

氏 名



(5 年間保存)

う蝕予防フッ化物洗口剤「オラブリス洗口用顆粒 1 1 %」(6g 包) 出納管理簿

学校名 スマイル小学校 調製担当者 タカハシ マチ子 管理者名 清水 笑美

1 回分の薬剤使用量 3 包 令和 年度

4/1	第 I 期受領数		63 包 (A)		月/日	受領数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン	管理者 サイン
3/31	前年度繰越数		0 包 (B)							
年度当初時点での保管数			72 包 (A + B)		10/28		3	57	駿河	清水
月/日	受領 数 (包)	使用量 (包)	残数 (包)	担当者 サイン			3	54	駿河	清水
							3	51	駿河	清水
4/1	63		63	駿河 清水	11/18		3	48	駿河	清水
4/1				駿河 清水	11/25		3	45	駿河	清水
4/8		3	57	駿河 清水	12/2		3	42	駿河	清水
4/15		3	54	駿河 清水	12/9		3	39	駿河	清水
4/22		3	51	駿河 清水	12/16		3	36	駿河	清水
4/30		3	48	駿河 清水	1/6		3	33	駿河	清水
5/13		3	45	駿河 清水	1/13		3	30	駿河	清水
5/20		3	42	駿河 清水	1/20		3	27	駿河	清水
5/27		3	39	駿河 清水	1/27		3	24	駿河	清水
6/3		3	36	駿河 清水	2/3		3	21	駿河	清水
6/10		3	33	駿河 清水	2/10		3	18	駿河	清水
6/17		3	30	駿河 清水	2/17		3	15	駿河	清水
6/24		3	27	駿河 清水	2/24		3	12	駿河	清水
7/1		3	24	駿河 清水	3/3		3	9	駿河	清水
7/8		3	21	駿河 清水	3/10		3	6	駿河	清水
7/15		3	18	駿河 清水	3/17		3	3	駿河	清水
7/22		3	15	駿河 清水	3/24		3	0	駿河	清水
9/2		3	12	駿河 清水						
9/9		3	9	駿河 清水						
9/16		3	6	駿河 清水						
9/23		3	3	駿河 清水						
9/30		3	0	駿河 清水						
9/30	69		69	駿河 清水						
10/7				駿河 清水						
10/14		3	63	駿河 清水						
10/21		3	60	駿河 清水						
計						132	132	0	駿河	清水

年度ごとの合計数を記入

健康づくり推進課 口腔保健支援センター 宛て

FAX 054-209-1063

フッ化物洗口希望者数変更連絡表

小学校名 _____

学年	児童数		フッ化物洗口希望 児童数		クラス数
	(変更前)	(変更後)	(変更前)	(変更後)	
1年					
2年					
3年					
4年					
5年					
6年					
合計					

フッ化物洗口希望児童数に変更があった場合にお知らせください。